

介護福祉士の医療的ケアに関する一考察

林 信 治

はじめに

ホームヘルパーや介護職員（以下「介護職員等」という。）が医療行為を行うことは法的に許されていない。そのため、治療目的ではなく日常生活を送るための医療行為（以下「医療的ケア」という。）の必要がある高齢者や障害児（者）が施設入所や福祉サービスの利用などが困難となっている報道^(註1)があり、福祉サービスの利用にさまざまな問題が生じている。また、介護福祉士の95%以上が医療行為の実施は違法であることを認識していながら医療的ケアの実施経験が80%を越えている実態があった著者の調査（林 2003）や、行動障害のある糖尿病の利用者に7年間にわたりインスリン注射を行っていた介護職員が医師法違反に問われる報道^(註2)など、サービスを提供する職員にとっても重要な課題となっている。

この現状に対して、国では介護職員等が医療的ケアを実施せざるを得ない状況を改善するための方策について検討が行われている。その結果、一部の医療的ケアについては、研修などの一定の条件を満たせば、介護職員等が実施できるようになっている。このような医療的ケアの実施についての検討は、そのほとんどが厚生労働省が設置した検討会あるいは研究会によって行われており、それらの検討の結果に基づいた厚生労働省による通知という形で実現化されている。

本稿では、介護職員等（特別支援学校教員に関するものを含む）の医療的ケアについての行政上の検討の経過の概要を整理し、介護福祉士の医療的ケアの実施について、その専門性の視点から若干の考察を行う。

1. 医療行為と医療的ケア

(1) 医療行為とは

医業は医師による業務独占である（医師法第17条）。医業は“当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うこと（厚生労働省 2005）”と解釈されており、“ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断す

る（厚生労働省 2005）”必要がある。“患者自身が行う自己医療のみならず、患者の家族による特定の患者に対する医療は社会性を欠き、同法の規制の範囲外（藤井 1997）”である。また、医行為と医療行為は一般に同義とされているところから、本稿でも同義として用いる。

(2) 医療的ケアについて

「医療的ケア」は“家族が自宅で日常的に介護として行っているもので、病院で行われる急性期の治療目的の「医療行為」とは異なるとして「医療的ケア」と呼ばれています（下川 2000）”という意味として用いられている。本稿では、「医療的ケア」を「その本人が自宅その他の生活場所で日常生活を送るために本人もしくはその家族が行える範囲の医療行為」という意味で用いる。

2. 介護職員等による医療的ケアの実施に関する経過

(1) 経過

①要援護高齢者対策に関する行政監察結果－保健・福祉対策を中心として－（総務庁勧告、1999年9月24日）

ホームヘルパーが医療行為を実施していることについて、総務庁が厚生省に行政監察を行い、勧告を行った。

勧告では、今後在宅での介護サービスに重点が置かれるため、“居宅において、身体介護とともに療養・治療等に必要な処置が適時、的確に行われることが重要となってくる”（”内は勧告からの引用。以下この項同じ。）が、“ホームヘルパー業務には医療行為は含まれない”ため、在宅要援護高齢者の医療行為については“老人訪問看護事業により訪問する看護婦等が実施”する。しかし、ホームヘルプサービス事業所によっては“じょうくそうや火傷等による傷口のガーゼ交換、血圧測定、軟膏の塗布、排便、体温測定、浣腸、痰の吸引、目薬の点眼、座薬の注入等の処置の一部を実施している”ものがみられる。この状況に対して、医療行為の中には“ホームヘルパーが行っても利用者の身体に危害を及ぼすおそれのない行為が少なくない”ため、“これらの行為を身体介護を行うホームヘルパーができる限り幅広く行えるようにすることが、利用者及び介護家族のニーズに沿うとともに、介護家族の負担軽減にもなる”としている。また、これらの医療行為の全てに看護師等の派遣を求め

ることは、“現実には対応が困難とみられるほか、看護婦等人材の効率的活用、サービスのコスト面からみても合理的とは考えられない”と、看護師の増員によりホームヘルパーの医療行為の実施を解決することは困難としている。そのため、旧厚生省（現厚生労働省）に対して、“介護等サービス業務の充実及び効率化を図る観点から、身体介護に伴って必要となる行為をできる限り幅広くホームヘルパーが取り扱えるよう、その業務を見直し、具体的に示す必要がある”と改善を勧告している。

②ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（厚生労働省医政局長通知、医政発第0717001号、2003年7月17日）

ALS患者の在宅療養では、主に家族が24時間体制で介護を行うことが必要であり、患者・家族の負担は大きなものとなっている。その負担の軽減を目的として「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」の報告書を基に本通知が発出された。

通知では、家族以外の者（医師及び看護職員を除く。）によるたんの吸引の実施について、“その危険性を考慮すれば、医師又は看護職員が行うことが原則”（“”内は通知からの引用。以下この項同じ。）であるが、ALS患者の在宅療養の現状を考えると“在宅ALS患者に対する家族以外の者によるたんの吸引の実施について、下記の条件の下では、当面のやむを得ない措置として許容される”としている。

許容されるための条件としては、家族以外の者に対するたんの吸引についての教育を医師及び訪問看護職員が行うこと、患者の家族以外の者に対してたんの吸引の依頼と文書による同意、及びたんの吸引の範囲などが定められている。

③盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取り扱いについて（厚生労働省医政局長通知、医政発第1020008号、2004年10月20日）

盲学校・聾学校・養護学校（以下「盲・聾・養護学校」という。）における医療的ケアが必要な幼児、児童及び生徒（以下「児童生徒等」という。）の増加に対応するために、文部科学省では、平成10年度から平成15年度まで医療的ケアについてのモデル事業を含む実践的な研究を行った。「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究」では、これらの研究の成果などから、医師又は看護職員の資格を持たない教員が看護師との連携・協力の下に、盲・聾・養護学校における医療のニーズの高い児童生徒等に対するたんの吸引等を行うことについて医学的・法律学的な観点から検討を行った。

この研究の報告書では、児童生徒等の権利保障や保護者の負担の軽減から、たんの吸引等の体制の整備の必要性を述べている。また、モデル事業では、①医療安全面では、医療事故はなく、円滑にたんの吸引等が実施できた、②教育面では、親から離れて教育を受けることによる本人の自立性の向上、教育の基盤である児童生徒等と教員との信頼関係の向上、健康管理の充実、生活リズムの確立等の効果が観察された、③保護者の心理的・物理的負担の軽減効果も観察された、との効果があったとしている。

通知では、“盲・聾・養護学校における医療のニーズの高い児童生徒等の教育を受ける権利や安全かつ適切な医療・看護を受ける権利を保障する体制整備を図る措置を講じていくことは重要であり、また、たんの吸引等については、その危険性を考慮すれば、医師又は看護職員が行うことが原則”（“”内は通知からの引用。以下この項同じ。）であるが、先の報告書に基づき、“教員によるたんの吸引等を盲・聾・養護学校全体に許容することは、下記の条件の下では、やむを得ない”としている。

たんの吸引等が認められるための条件として、たんの吸引、経管栄養（胃ろう、腸ろうを含む）、導尿についての手順及び教員が行うことが許容される範囲、看護師の役割、医療関係者による的確な医学管理、医行為の水準の確保、学校における体制整備などについて示している。

④在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取り扱いについて（厚生労働省医政局長通知、医政発第0324006号、2005年3月24日）

厚生労働省医政局長通知「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」（医政発第0717001号、2003年7月17日）により、在宅のALS患者の家族以外の者によるたんの吸引は、一定の条件の下では、当面のやむを得ない措置とされた。しかし、家庭、教育、福祉の場でも医療・看護を必要とする人々が急速に増加しており、特に、在宅でたんの吸引を必要とする人々が増加している。この状況の中、「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究」ではALS患者以外の在宅の療養患者・障害者（以下「患者・障害者」という。）に対するたんの吸引についての医学的・法律学的な観点からの検討が行われ、報告書がまとめられた。

通知ではこの報告書に基づき、“頻繁に行う必要のあるたんの吸引のすべてを訪問看護で対応していくことは現状では困難”（“”内は通知からの引用。以下この項同じ。）であり、24時間休みのない家族の負担を軽減する

ためには、家族以外の者がたんの吸引を実施することについて“当面のやむを得ない措置として許容される”とした。

たんの吸引が認められる条件として、医師などによる療養環境の管理、定期的な診療や訪問看護による患者・障害者の適切な医学的管理、家族以外の者に対する疾患や障害、たんの吸引方法などの教育、患者・障害者によるたんの吸引の依頼と文書による同意、緊急時の連絡・支援体制の確保などが示されている。

⑤医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（厚生労働省医政局長通知、医政発第 0726005 号、2005 年 7 月 26 日）

高齢者介護や障害者介護の現場で、医行為の範囲が不必要に拡大解釈されている現状があり、医行為としての判断に混乱が生じている。そこで、医行為ではないと考えられるものとして、水銀体温計・電子体温計等で体温を計測すること、自動血圧測定器で血圧を測定すること、軽微な切り傷・擦り傷・やけど等の処置をすることなど 10 種を列挙した。

⑥介護福祉士制度及び社会福祉士制度のあり方に関する意見（社会保障審議会福祉部会、2006 年 12 月 12 日）

社会福祉士及び介護福祉士の養成のあり方についての社会保障審議会の意見書であり、これを受けて 2007 年 11 月の社会福祉士及び介護福祉士法（以下「士士法」という。）の改正が行われた。

意見書では、「介護現場における医療提供のあり方」として、介護従事者がたんの吸引、経管栄養の実施等を行うことができない現状を含めて検討する必要があるとの問題提起を行い、関係部局は速やかに検討に着手すべきであるとしている。

⑦安心と希望の介護ビジョン（安心と希望の介護ビジョン会議、2008 年 11 月 20 日）

この会議は将来を見据えた改革のためのあるべき介護の姿を示す「安心と希望の介護ビジョン」を策定するために開催された。

報告書では、医療的ケアについて「医療と介護の連携強化～医療と介護の継ぎ目を感じることのないように～」の項で、“介護従事者が質の高い総合的なケアを提供できるようにするため、将来的には、医師や看護師との連携の下に、介護の現場で必要な医療行為を行うことができるようにすることを含め、資格・研修のあり方”（“”内は報告書からの引用。以下この項同じ。）を検討することや、夜間も含めた医療的なケアのニーズが高い施設で“研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保できる

範囲内で行うことができる仕組みの整備”などが提言されている。

⑧特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱について（厚生労働省医政局長通知、医政発 0401 号第 17 号、2010 年 4 月 1 日）

特別養護老人ホームでは医療的ケアを必要とする入所者が増加しているが、看護職員の配置など医療供給体制は十分ではないため、入所希望者が入所できない状況が生じている。これに対して、「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」で特別養護老人ホームにおける医療的ケアについて検討してきた。

検討会では、“特別養護老人ホームにおける医療的ケアのうち、鼻腔内のたんの吸引や経鼻経管栄養などに比べて医療関係者との連携・協働の下では相対的に危険性の程度が低く、かつ、看護職員が手薄な夜間において行われる頻度が高いと考えられる口腔内（咽頭の手前まで）のたんの吸引及び胃ろうによる経管栄養（栄養チューブ等の接続・注入開始を除く。）（以下「口腔内のたんの吸引等」という。）”（“”内は通知からの引用。以下この項同じ。）について、介護職員が試行的に行うモデル事業を実施し、報告書（「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する取りまとめ」（2010 年 3 月 31 日））をまとめた。

通知では、報告書が“本来、特別養護老人ホームにおける看護職員の適正な配置を進めるべきであるが、特に夜間において口腔内のたんの吸引等のすべてを担当できるだけの看護職員の配置を短期間のうちに行うことは困難”と考えられるので、モデル事業の結果から、“口腔内のたんの吸引等について、モデル事業の方式を特別養護老人ホーム全体に許容することは、医療安全が確保されるような一定の条件の下では、やむを得ない”としたことを受け、“介護職員による口腔内のたんの吸引等を特別養護老人ホーム全体に許容することは、下記の条件の下では、やむを得ない”とした。

条件としては、たんの吸引等の標準的手順と、医師・看護職員・介護職員との役割分担、入所者の同意等などの条件が示された。また、介護職員に対する研修は、モデル事業での研修と同等の知識・技能に関する研修が必要とした。

⑨チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）（チーム医療の推進に関する検討会、2010 年 3 月 19 日）

この検討会は、チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等に

ついて検討を行うことを目的に設置された。

介護職員の医療行為の実施については、介護職員と看護職員との役割分担と連携をいっそう深めるために、介護職員による一定の医療行為(たんの吸引や経管栄養等)の具体的な実施方策について別途早急に検討すべきであると、介護職員が一定の医療行為を実施できる環境整備を求めている。

⑩規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(規制・制度改革に関する分科会、2010年6月15日)

「規制・制度改革に関する分科会」は、「行政刷新会議の設置について」(閣議決定、2009年9月18日)の規定に基づき、規制・制度改革に関する調査を行うため、行政刷新会議に設置された。

報告書では、「医行為の範囲の明確化(介護職による痰の吸引、胃ろう処置の解禁等)」を規制改革事項の一つとし、①特別養護老人ホーム等の施設において、看護師の配置がない夜間に医療処置を行うことができないため、医療処置が必要な入居希望者の受入れを拒否したり、医療処置が必要となった入居者に退去依頼をせざるを得ない場面が増加している、②現実には、医行為が違法ぎりぎりで行われている行為であり、これを合法化することが必要である、③“医行為か否かが不明確な行為を整理するとともに、痰の吸引や胃ろうの処置を従来の医行為とは区別した上で、諸規制を整備すべきである”(“”内は報告書からの引用。以下この項同じ。)、④現在の胃ろう処置では、看護職員の勤務状況から胃ろう処置が必要な利用者を受入れられるのは一部の施設に留まっている。看護師が安全を担保した上で、“介護職員が胃ろう処置全体を担うことができるようにすべきである”ことを基本的な考え方としている。

対処方針として、“医療安全が確保されるような一定の条件下で特別養護老人ホームの介護職員に実施が許容された医行為を、広く介護施設等において、一定の知識・技術を修得した介護職員に解禁する方向で検討する。また、介護職員が実施可能な行為の拡大について”も併せて検討し、2010年中に検討・結論、結論を得次第措置することとした。

⑪厚生労働分野における新成長戦略について(厚生労働省、2010年7月21日)

今後の政策の方向を示す「新成長戦略」(閣議決定、2010年6月18日)の厚生労働分野のとりまとめであり、介護職員等の医療行為(たんの吸引・経管栄養)については特別養護老人ホームにおいて看護師と連携して円滑に進めるとともに、更なる措置について法的措置を含めて検討し、平成22年度から実施するとしている。

⑫障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(閣議決定、2010年6月29日)

障害者自立支援法の違憲訴訟における和解を受けて、「障がい者制度改革推進会議」が障害者施策の推進に関する事項について意見をまとめるために開催されている。これは、障がい者制度改革推進会議の第一次意見を受けての障害者制度改革のための基本的な方向を示したものである。

第一次意見では、日常生活における医療的ケア(たんの吸引、経管栄養等)の一部はホームヘルパー等によって行われているが、原則として医師・看護師等のみに限定されているため、単身での在宅生活の途が閉ざされ、また同居の場合その家族にとって重い介助が負担となっている。この状況を改善するため、たんの吸引や経管栄養等の日常生活における医療的ケアについては、その行為者の範囲を介助者等にも広げ、必要な研修や手続の更なる整備等を行うとしている。

この第一次意見を受け、医療的ケアについては、たんの吸引や経管栄養等の日常における医療的ケアについて、介助者等による実施ができるようにする方向で検討し、平成22年度内にその結論を得ることとしている。

⑬介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会(厚生労働省、2010年7月5日から開催中)

この検討会は、たんの吸引等が必要な者に対して、必要なケアをより安全に提供するため、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度のあり方等についての検討を行うことを目的としている。現在、①介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方、②たんの吸引等の適切な実施のために必要な研修の在り方、③試行的に行う場合の事業の在り方について検討が進められている。今後、たんの吸引等の試行事業が行われる予定である。

(2) この経過から読み取れること

以上の経過から、1999年の総務省勧告において「医療行為は医師や看護師などの医療専門職が実施すべきであるが、たんの吸引等の医療的ケアについては、看護師によりすべてを実施するのは現実的ではなく、介護職員等にその実施を認める」との方向性が示され、その後の通知等についても、全てその延長上にたっているといえることができる。また、最近では、「規制緩和」という点からもその方向をより強化している。

この方向の意味するところは、第一に、医療的ケアは医療行為であるから本来医師、看護師等が行うべきであるが、看護師等の「増員・確保が困難」であることを理

由として、また、「規制緩和」という制度改革の一つとして、介護職員等が実施することができる体制作りを進めていることである。

第二に、そのための法的規定については、医療法による医行為についての規定を変更せずに、一定の条件下では介護職員等も実施できるという対応となっていることである。つまり、医療行為に含まれる医療的ケアは医師または看護師が行うという限定を外すことなく、法的に不安定な状況下で介護職員等は医療的ケアの実施が認められてきているのである^(註3)。

第三に、医療的ケアの範囲及び担い手の範囲の限定化である。介護職員等が実施できる医療的ケアを「たんの吸引及び胃ろうによる経管栄養」と限定してきている。また、医療的ケアを実施できる介護職員等の範囲も定められた研修が必要となるなど、同様である。

これらの範囲の限定により、身体上又は精神上の障害により日常生活や社会生活に困難のある高齢者や障害児者（以下「介護対象者」という。）の中で医療的ケアが必要な場合には、日常生活や社会生活を継続することが困難な状況となることが予想されている。そのため、特に、障害福祉や障害児教育関係者の間では、これまで行われてきた介護職員等や教員などの非医療職による医療的ケアが認められなくなるのではないかと危機感が広がっている^(註4)。

3. 介護福祉士としての医療的ケア

医療的ケアについての動向から、介護対象者やその家族の医療的ケアへのニーズを満たすために、看護師等の増員・確保が困難であるから、介護職員等が医療的ケアを実施できる体制作りが進んでいるといえる。この体制の中で、介護福祉士は介護職員等の一員として医療的ケアを実施している。しかし、その理由としては、「介護福祉士の専門領域として医療的ケアが含まれるからその実施を認める」訳ではない。介護福祉士がその業務として医療的ケアを実施する以上、その専門領域に医療的ケアが含まれることを明らかにすることは、専門職として必要なことと考える。

(1) 介護福祉士の専門性

士法における介護福祉士の定義は「(前略) 専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと(以下「介護等」という。)を業とする者をいう」(第二条第2項)である。この定義の「心身の状況に応じた介護」は、2007

年11月の士法改正により「入浴、排せつ、食事その他の介護」から改正された。

改正前の介護福祉士の実施する介護は、定義上、「入浴、排せつ、食事その他」の身体的あるいは具体的な行為としての介護であった。この定義においては、介護とは、“心身の障害によって日常生活行動が自用困難になったときに、その人によって日常生活行動を援助する活動で、それは人の生命と生活活動を維持し、生きる力を援助する活動だといえます。さらにそれは人間が人間らしく生きていくことへの援助であり、人間の生活にとってもっとも基礎的な行動への援助(小笠原1995)”であり、介護福祉士とは、入浴、排せつ、食事その他の日常生活行動を援助するという介護を通して(媒介として)、介護対象者の生活の質の向上を指向する福祉専門職ということができた。

改正により、介護福祉士は介護対象者の「心身の状況」に即した介護を実践することにより、介護対象者の生活の質の向上を指向することがより明確となった。つまり、介護福祉士は、“単なる日常生活動作の支援ではなく、介護を身体的のみならず心理的・社会的な人間関係等、総合的に全人的に把握し、生活障害を明確にして介護ニーズに応える、生活支援専門職(横山2007)”と位置づけられることとなったのである。

介護福祉士は、介護対象者の身体状況と心理的・社会的状況、ニーズ等を把握し、生活の質が向上するためにはどのような介護を実践する必要があるかを判断(介護判断)し、その判断に沿った介護を実践する(介護支援)ことにより、介護対象者の生活を継続し、さらなる質の向上を指向する。継続的、一体的である介護対象者の「生活の継続」を中心とした視点を持つ介護福祉専門職といえるのである。

(2) 介護福祉士と看護師の役割分担

看護師は業務独占及び名称独占(保健師助産師看護師法第31条及び第42条の3第3項)である。その業務は「厚生大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする」(同法第5条)と定められている。看護師は、「何らかの病気や障害のある人やそのおそれのある人」を対象とし、健康の維持や回復をめざして、看護技術を活用する専門職である(鎌田2000)。

看護師は「主に治療を目的とする人々を対象とし、治療及び治療のために必要な生活を送ることができるように、その専門的技術を活用する専門職」であり、介護福祉士は、前述したように「生活の継続を目的とする人々を対象とし、生活を継続し、さらに質の向上ができるよ

う専門的技術を活用する専門職」といえる。介護対象者の生活の継続は主に介護福祉士が担当することになるが、介護対象者には医療を必要とする場合があり、その部分については看護師が担当することになる。

この専門職による役割分担は、各専門職の専門性によって介護対象者の生活を時間的、内容的に分割することになる。つまり、担当する専門職が異なることにより、一人の介護対象者の生活時間や生活内容をばらばらに分割担当することになる。その結果として、生活の特質である継続性や一体性を損なうことになってしまう危険がある。介護対象者の絶対数が少ない場合、あるいは医療的ケアの必要性が低い場合には、この危険には各専門職の緊密な連携によって対応することができる。しかし、現状のように介護対象者の絶対数の増加と医療的ケアの必要性の増大により、これまでの各専門職による連携だけでは支援の必要な生活時間や生活内容のすべてに対応することが困難な状況となっている。そのため、各専門職による対応だけでは介護対象者の生活の継続が困難となり、家族の負担がより増加することになる。生活継続についての介護対象者及びその家族のニーズに応えることができない状況になっているのである。この状況の改善には、介護対象者にとっての医療的ケアの意味やとらえ方を変えることにより、現状に即した医療的ケアの実施を専門領域とする専門職が必要といえる。

（３）介護福祉士にとっての医療的ケア

医療的ケアは治癒をめざす治療や健康を回復するためのものではなく、医療的ケアの必要な介護対象者にとっては、現在の健康状態を維持し生活を継続するための日常的な生活行為の一つといえることができる。また、介護職員は医療ケアを医療行為としてではなく利用者の生活の一部として受け入れている（寺嶋洋恵ら 2003）ことから、介護福祉士も同様に捉えていると考えることができる。つまり、医療的ケアを「行為」としてみるならば、現行法制上は、医療行為である。しかし、その「意味」から捉えるならば、日常生活や社会生活を維持継続するために必要な「生活行為の一部」として捉えることができるのである。さらに、その「行為」自体も、介護対象者本人もしくはその家族が行うことができることから考えれば、必要な技術を習得した介護福祉士が実施することは不可能ではないといえることができる。

医療的ケアをこのように捉えるならば、介護対象者の生活の維持、質の向上をその専門領域とする介護福祉士にとって、治療を目的としていない介護対象者の生活の維持、質の向上のために必要な医療的ケアは、その専門

領域に含まれるものと考えられることができる。つまり、介護福祉士の実践する介護は介護対象者の生活の継続性及び質の向上という観点からの実施であり、その範囲内での医療的ケアは介護福祉士の実施する介護として捉えることができ、その実施が認められる必要があると考える。ただし、介護福祉士が実施する医療的ケアは、あくまでも介護対象者の生活の維持、質の向上のための心身の状況に応じた、医師や看護師等との連携に基づく、介護福祉士の専門性による実施であって、看護職員の補助や人員不足を補うために実施されるものではないことは強調されなければならない。

医療的ケアが介護福祉士の専門領域に含まれると考えられるのであるから、医療的ケアが実施できる介護専門職資格等を新たに創設するのではなく、現在の介護福祉士資格において医療的ケアを安全、確実に実施できるよう知識と技術を習得できるようにすることが必要である。そのためには、介護福祉士国家試験受験資格取得の条件とすることが必要と考える。具体的には、養成施設の教育カリキュラム及び実務経験者に今後課される講習（6ヶ月以上）のカリキュラムに組み入れるのである^{（註5）}。また、すでに介護福祉士資格を取得している有資格者に対しては、救命救急士の気管挿管の実施の限定を参考にすることができる。これは、救命救急士として同一資格であっても、気管挿管はその実施に必要な専門的知識に関する講習などを修了した救命救急士にのみに認められるものである。介護福祉士の有資格者についても、この例を参考にし、医療的ケアに関する研修の受講を実施するための条件とするのである^{（註6）}。

介護対象者やその家族が不安を感じることなく、彼らの生活の継続とその質の向上のために医療的ケアを利用でき、また、そのために介護福祉士が十分な知識と技術を持って医療的ケアを実施できるようにすることが必要である。

おわりに

現在進められている医療的ケアの実施の体制作りの中では、看護職員が対応できないために法的に不安定な立場のままで介護職員等が医療的ケアを実施せざるを得ない状況が生じている。法的に「医療的ケアは医療行為である」という解釈である以上は、まず、法的にその実施を認められている看護職員の福祉施設等における設置基準の変更や福祉サービス事業所における看護職員の増員・確保を積極的に行うことが必要と考える。

また、今後の検討の中で、これまで介護職員等により実施されてきた医療的ケアが実施できなくなることは介

護対象者、特に自立生活を行っている障害者にとってはその生活継続を困難とするものであり、十分な議論を行い、その実施が継続できるようにすることが必要である。

今年度に入ってから、9月26日には総理大臣が“介護人材の活用のため、在宅、介護保険施設、学校等において、介護福祉士等の介護職員が、たんの吸引や経管栄養等といった日常の「医療的ケア」を実施できるよう、法整備の検討を早急に進めること（厚生労働省2010）”と指示をするなど、介護職員等の医療的ケアの課題については、急速な進展が見られる。この進展の中で、医療的ケアの必要な介護対象者の生活がより向上するために、医療的ケアと医療行為の関係などを含む医療的ケアについての法的整備や介護福祉士の専門性との関係などについて抜本的な検討が行われ、体制が整備されることが必要である。

(註1) 該当する報道の一部を朝日新聞（東京本社発行）の記事から挙げる。「保育園行っていないだね」2006年10月26日付、「医療的ケア施設不足」2008年1月24日付、「足りない受け入れ施設」2008年6月13日付、「寝たきり療養先どこに」2009年3月1日付、「障害児の親縛る医療的ケア体制（投書）」2010年4月27日付、「受け皿なき高齢患者」2010年7月1日付、「在宅介護制度に不安」2010年8月21日付。

(註2) YOMIURI ONLINE:「施設介護職員、無資格でインスリン注射7年間」2010年9月18日付、<http://www.yomiuri.co.jp/national/news/20100918-OYT1T00385.htm>、2010年9月18日。

(註3) 医療的ケアを介護職員等が実施する場合の法的な解釈としては、違法性阻却論が採られている。

(註4) たとえば、医療的ケア緊急全国集会実行委員会主催による「私たちの望む医療的ケア～法制化目前、緊急全国集会～」の企画コンセプトでは、障害福祉や教育の現場では「不特定多数を対象とした取り組みではなく、医療的ケアが必要な方の『個別性』及び支援者との『関係性』」にもとづき、地域社会におけるケアの実現に取り組んできました。(中略)しかし、現在進められている医療的ケアの法制化により、これまでの取り組みができなくなるのではないかと私たちは危惧しています。」とその危機感を表明している。

(註5) 実務経験者の介護福祉士国家試験受験資格の取得のための講習（6ヶ月以上）の義務づけについては、厚生労働省の「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」で3年間の実施延期の方針が示されている（中間まとめ、2010年8月13日）。しかし、その実現には土士法改正を必要とするものであり、2010年10月25日現在、この方針に基づく土士法の改正は行われていない。

(註6) 本稿執筆中に、介護福祉士の医療的ケアの実施ための研修などについてほぼ同様の提言が「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」から「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」に提出

することが決定されたと報道された（医療介護CBニュース、「介護福祉士の医行為で提言書を提出へー介護人材養成の在り方検討会」2010年10月12日付、<https://www.cabrain.net/news/article.do?newsId=30185&freeWordSave=1>、2010年10月13日）。

引用文献・参考文献

- 1) 藤井建一：障害者の健康と医療保障、法律文化社、p47-48、1997
- 2) 古屋義博、林信治：養護学校における医療的ケアの取り扱いについての大学生の意見、山梨大学教育人間科学部紀要第3巻第1号、p305-312、2002
- 3) 林信治、古屋義博：医療的ケアを要する人々がより豊かに生きるためにー非医療専門職による医療的ケアについてー、山梨大学教育人間科学部紀要第2巻第2号、p149-156、2001
- 4) 林信治：医療的ケアに関する介護福祉士の対処の現状と意識、厚生指第50巻第8号、p1-7、2003
- 5) 平林勝政：違法性阻却論を超えた制度全体の枠組みの議論を、法律文化9月号、p12-15、東京リーガルマインド、2005、http://www.lec-jp.com/h-bunka/item/v255/pdf/200509_12.pdf、2010年8月15日
- 6) 平林勝政：介護職と医行為をめぐる法的諸問題（特集福祉サービスと「医療行為」）、月刊福祉第92巻第7号、p12-18、2009
- 7) 保住芳美：ドイツの老人介護士養成教育及びその教員養成システムについて、川崎医療福祉学会誌第18巻第2号、p337-346、2009
- 8) 飯島久美子、荻野陽子、林信治、矢崎奈美子、有田尚代、日原理恵：在宅重症心身障害児のいる家族が地域生活において抱える問題、小児保健研究第64巻第2号、p336-344、2005
- 9) 鎌田ケイ子：新・社会福祉学習双書第17巻介護概論、全国社会福祉協議会、p6-11、2000
- 10) 金井一薫：KOMI理論ー看護とは何か、介護とは何かー、現代社、2004
- 11) 是枝祥子：介護の概念を通して介護福祉士の専門性の一考察介護業務から医療行為を考える、人間関係学研究（大妻女子大学人間関係学部）第5号、p115-122、2004
- 12) 厚生労働省：医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について、厚生労働省医政局長通知医政発第0726005号、2005年7月26日
- 13) 厚生労働省：介護・看護人材の確保と活用について総理指示（9月26日）、第5回今後の介護人材養成のあり方に関する検討会参考資料2、2010年10月12日
- 14) 小笠原祐次：介護の基本と考え方、中央法規出版、p123、1995
- 15) 大越扶貴、仲村美安子：在宅における看護と介護の在り方に関する研究ー重介護状態で吸引を必要とする当事者の声からー、公益財団法人勇美記念財団在宅医療助成完了報告書、2004
- 16) 柴原君恵：介護と看護の概念をめぐる動向、人間福祉研究（調布学園短期大学）第3号、p19-30、2000
- 17) 下川和洋：医療的ケアって大変なことなの、ぶどう社、p2、2000
- 18) 高田谷久美子、飯島純夫、佐藤みつ子、渡邊タミ子、林信治、荻野陽子：地域住民の健康を含めた現在の生活状況と将来安心して暮らすために重要と思う個人・社会資源、山梨大学看護学会誌第5巻第1号、p37-42、2006
- 19) 寺嶋洋恵、山村江美子、安田真美、矢部弘子、板倉勲子：高齢者施設における介護福祉士の専門性ー医療行為に対する認識

と専門性の分析ー、聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要
第2号、p153-160、2003

- 20) 安田真美、山村江美子、小林朋美、寺嶋洋恵、矢部弘子、
板倉勲子：看護・介護の専門性と協働に関する研究ー施設に
従事する看護師と介護福祉士の面接調査よりー、聖隷クリス

トファー大学看護学部紀要第12号、p89-97、2004

- 21) 横山孝子：生活支援専門職としての介護福祉士養成カリキュ
ラムの検証、社会関係研究（熊本学園大学）第12巻第1号、
p27、2007